

# HOME ASSISTANT/HOUSEKEEPER APPLICATION

**Home assistant**       **Housekeeper**

## Personal details

First name: \_\_\_\_\_

Surname: \_\_\_\_\_

Street: \_\_\_\_\_

Town: \_\_\_\_\_

Post code: \_\_\_\_\_

Country: \_\_\_\_\_

Smiling photo

E-mail: \_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_

Skype: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_

Country of birth: \_\_\_\_\_

Nationality: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_  Active     Inactive

Marital Status             Single     Divorced     Married     Widowed

Education: \_\_\_\_\_

What is your current employment? \_\_\_\_\_

Do you smoke?         Yes     No                      If yes, how many cigarettes per day? \_\_\_\_\_

If you smoke, do you agree not to smoke in your family's home?     Yes     No

Do you swim?         Yes     No

Hobbies and interests: \_\_\_\_\_

## Placement requirements

First date available (DD/MM/YY): \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_

Length of stay (months): min: \_\_\_\_\_ max: \_\_\_\_\_

Do you need to return home at Christmas or any other time of the year (e.g. for exams) ?     Yes     No

Please specify: \_\_\_\_\_

Are you willing to accept a family of other than British origin?                       Yes     No



Are you prepared to work for **elderly people** and help them with their household?  Yes  No

Are you prepared to **look after children**?  Yes  No

If yes, what age groups are you willing to help with?

0-2  3-4  5-7  8-10  11 +

Which duties with children are you willing to do?

- Taking and collecting from school and other activities
- Feeding children
- Changing nappies
- Supervising homework
- Occasional babysitting
- Play with children
- Bathtime/Bedtime routine
- Read stories for children
- Care during school holidays
- Other (please specify): \_\_\_\_\_

Please describe your childcare experience: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Pets and animals

Do you like pets/animals?  Yes  No

Do you have a pet?  Yes  No

If yes, specify: \_\_\_\_\_

Are you willing to live in a host family with pets?  Yes  No

Are you willing to take care of them occasionally?  Yes  No

Which pets are you not willing to live with? \_\_\_\_\_

Would you accept a job where a main part of duties would be to care for dogs or other animals?  Yes  No

### Driving

Do you have a valid driving licence?  Yes  No Date of issue (DD/MM/YY) \_\_\_\_\_

If yes, are you willing to drive in UK?  Yes  No  Only after training

How often do you drive?  Daily  Weekly  Monthly  Never

What kind of driving experience do you have?

Driving in:  rural  town  city  motorway

Have you ever had a car accident?  Yes  No

If yes, specify: \_\_\_\_\_

I confirm that the information given above is true and complete.

Svým podpisem stvrzuji, že výše uvedené informace jsou pravdivé a úplné. V případě poskytnutí nepravdivých informací nesu plnou zodpovědnost za následky z toho plynoucí.

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_



# CHARACTER REFERENCE CHARAKTER REFERENZ RECOMMANDATION CARACTÉRIELE

| STUDENT | AGENCY |

Central office

Náměstí Svobody 17, 602 00, Czech Republic  
tel: 00420 542 42 42 42  
www.pracovnipobyty.cz

\_\_\_\_\_ is applying to au pair programme. She/He will live with a host family abroad taking care of and being responsible for the children in this family. Please answer following questions as honestly and completely as possible. If you do not feel comfortable writing in English please fill out the reference on the reverse side in your native language.

\_\_\_\_\_ bewirbt sich für einen Au pair Aufenthalt. Die Bewerberin wird sich vor allem um die Kinder der Gastfamilie kümmern, bei der sie ihren Aufenthalt verbringt. Sie wird Verantwortung für die Kinder tragen. Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen ausführlich und ehrlich.

\_\_\_\_\_ présente sa candidature pour le séjour d'Au-pair. La candidate s'occupera des enfants de la famille d'accueil chez laquelle elle sera logée pendant son séjour a l'étranger. Elle sera entièrement responsable des enfants. Veuillez répondre à ces questions en détail d'après la vérité.

1. What is your relationship to the applicant (employer, teacher, neighbour etc.)? \_\_\_\_\_  
In welcher Beziehung stehen Sie zu der Bewerberin (Arbeitgeber, Lehrer, Nachbar etc.)?  
Quelle est votre relation que vous entretenez avec la candidate (employeur, professeur, voisin etc.)?

2. How long have you known the applicant? \_\_\_\_\_  
Wie lange kennen Sie die Bewerberin?  
Depuis combien de temps connaissez – vous la candidate?

3. How would you describe this person's character? \_\_\_\_\_  
Bitte beschreiben Sie den Charakter der Bewerberin?  
Décrivez svp le caractère de la candidate

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Please describe any relevant skills and abilities the applicant has demonstrated:  
Beschreiben Sie bitte die Fähigkeiten der Bewerberin, die sie bei der Arbeit mit Kindern besonders auszeichnet:  
Décrivez svp les qualités de la candidate, lesquelles elle peut faire valoir en travaillant avec les enfants:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Would you recommend the applicant for placement as an au pair?  Yes  No  
Können Sie die Bewerberin für die Arbeit als Au pair empfehlen? Ja Nein  
Recommanderiez – vous la candidate pour le travail avec les enfants? Oui Non

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# CHARAKTEROVÉ DOPORUČENÍ

\_\_\_\_\_ si podává přihlášku na pobyt au pair. Jako au pair se bude starat o děti hostitelské rodiny, s níž stráví svůj pobyt v zahraničí. Za děti bude mít, v době hlídání, plnou zodpovědnost. Prosím zodpovězte následující otázky podrobně a na základě pravdivých skutečností.

1. V jakém vztahu jste s žadatelem/kou (zaměstnavatel, učitel, soused atd.)? \_\_\_\_\_

2. Jak dlouho již žadatele/ku znáte? \_\_\_\_\_

3. Popište prosím charakter žadatele/ky? \_\_\_\_\_

---

---

4. Popište prosím schopnosti žadatele/ky, které se mohou uplatnit při práci s dětmi:

---

---

---

---

5. Doporučil/a byste žadatelku/e pro práci s dětmi?  Ano  Ne

Jméno: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_



# MEDICAL RECORD

Lékařská zpráva

**| STUDENT | AGENCY |**

Central office

Náměstí Svobody 17, 602 00, Czech Republic

tel: 00420 542 42 42 42

www.pracovnipobyty.cz

To be completed by applicant's general physician.

Applicant's name: \_\_\_\_\_

Jméno žadatele/žadatelky

Date of birth: \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_

Datum narození

Day/month/year

Pohlaví

Výška

Váha

1. Does the applicant now have or has she/he ever had any of the following? Please indicate by checking "yes" or "no" box for each condition:

Má, popř. měl/a, žadatel/ka některé z následujících zdravotních problémů? Označte vždy „ano“ či „ne“.

	No	Yes		No	Yes		No	Yes
Allergies Alergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis Žloutenka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubella Zarděnky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexia Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*If yes, what type pokud ano, jakého typu	_____		Scarlet fever Spála	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia Kýla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizure disorder Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulimia Bulimie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyper/Hypothyroidism Zvýšená/snížená činnost štítné žlázy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertigo/Dizziness Závratě	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chicken Pox Plané neštovice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Measles Spalničky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other _____ Jiné		
Diabetes melitus Cukrovka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mumps Příušnice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Headache (persistent) Trvalé bolesti hlavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumonia Zápal plic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Please give detailed information and dates regarding any illness or disorder checked "yes" above: \_\_\_\_\_

Pokud jste výše uvedl/a „ano“, uveďte prosím bližší informace včetně dat:

2. Vaccination Očkování	year of vaccination rok očkování	year of vaccination rok očkování
Polio Obrna	_____	Mumps Příušnice
TD/Tetanus/Diphtheria	_____	Rubella Zarděnky
Measles Spalničky	_____	

3. Has the applicant ever been hospitalized?  Yes  No  
Byl/a žadatel/ka v minulosti hospitalizován/a.

If yes, please explain: \_\_\_\_\_

Pokud ano, uveďte z jakého důvodu a v jakém období:

4. Is the applicant presently taking any medications (other than birth control) or injections?  Yes  No  
Požívá žadatel/ka léky (mimo antikoncepci) nebo injekce?

If yes, please list medications and explain what is the medication for: \_\_\_\_\_

Pokud ano, uveďte které a vysvětlete k čemu slouží.

5. Is the applicant allergic to any drugs?  Yes  No  
Je žadatel/ka alergická/ý na nějaké léky?

If so, list them and give the substitutes to be used: \_\_\_\_\_

Pokud ano, uveďte které to jsou a čím mohou být nahrazeny.

**6. Has the applicant been treated by a physician, psychiatrist, psychologist or counselor for:**

Navštívil/a, popř. navštěvuje, žadatel/ka praktického lékaře, psychiatra, psychologa nebo poradce z důvodu:

	No	Yes		No	Yes		No	Yes
Depression disorder Deprese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiety disorder Úzkost, starost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eating disorder Poruchy příjmu potravy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personality disorder Poruchy osobnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Learning disability Poruchy při učení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

If answered yes above, please provide a complete explanation (including dates): \_\_\_\_\_

Pokud jste výše uvedl/a „ano“, vysvětlete blíže (uvedte i data):

---

---

**7. Does the applicant have any health limitations (physical or emotional) that would limit her/his participation in providing childcare?**

Má žadatel/ka jakékoli omezení (fyzická nebo duševní), která by ovlivnila jeho/její práci s dětmi?

Yes  No

If yes, please explain: \_\_\_\_\_

Pokud ano, vysvětlete:

---

**8. In your expert opinion, the general state of the applicant's health is:**

Prosím uveďte, jaký je celkový zdravotní stav žadatele/ky:

Excellent  
výborný

Good  
dobrý

Fair  
uspokojivý

Poor  
špatný

I, the undersigned, have given a thorough physical examination and reviewed the medical history of the applicant. I certify that all important medical information has been included, and that the above information is complete and accurate.

Prohlašuji, že jsem právě provedl/a vyšetření žadatele/ky a prošel/prošla jeho/její veškeré zdravotní záznamy. Všechny důležité informace jsem uvedl/a a prohlašuji, že jsou pravdivé a úplné.

Physician's name: \_\_\_\_\_

Jméno praktického lékaře

Address: \_\_\_\_\_

Adresa

Date: \_\_\_\_\_

Datum

Physician's stamp and signature: \_\_\_\_\_

Razítko a podpis praktického lékaře

To be completed by the applicant for STUDENT AGENCY use only:

Následující část vyplní žadatel/ka:

Uveďte prosím kontakt na osobu, kterou může personál STUDENT AGENCY v naléhavém případě kontaktovat:

Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

1. tel. kontakt: \_\_\_\_\_ 2. tel. kontakt: \_\_\_\_\_

Minimálně 1 telefonní kontakt je nutný

Váš vztah k uvedené osobě: \_\_\_\_\_